

## 地域での自立生活と グループホーム・ケア付住宅

北 野 誠 一

### I は じ め に

1981年の国際障害者年からはや10年が経とうとしているが、国際障害者年のメインテーマであった「障害者の完全参加と平等」は、私達の社会でどのように実現されつつあるのであろうか。「障害者の完全参加と平等」を実現してゆくことは、障害者のみならず、すべての構成員におよぶ、社会の新しい原理〈ノーマリゼイション原理〉の実現であることを私は前論文「地域での自立生活とノーマリゼイション」で展開した<sup>1)</sup>。そこで、この論文では、まず1980年代の障害者に関する行政レベル及び障害者運動レベルにおける成果をふまえ、現在私達がとり組んでおり、また全国的にも強い関心を呼んでいる、障害者のグループホーム・ケア付住宅の現状と今後の展望について考察してみたいと思う。なお、この論文の一部は私も参加させていただいたNHK大阪制作部によるTV番組，“明日の福祉”の「グループホームを考える——障害者の自立生活のために——<sup>2)</sup>」で使用したが、30分番組の制約ゆえに展開できなかった部分を含めて、より理論的に展開したつもりである。番組のビデオを併せて活用されれば、横浜市のグループホーム「ふれあい生活の家」及び大阪市のグループホーム「グループホーム中部」それぞれの改造されたすまいやグループホームで生活している障害者達の生活の一端が、

1) 拙稿 桃山学院大学「社会学論集」22巻1号 1988

2) TV明日の福祉 1989年7月21日7月22日放映

理論的のみならず，ビジュアルにも把握できよう。

## Ⅱ 1980年代の障害者福祉の動向

1980年代の障害者に関する行政レベルでの施策及び障害者を中心とする市民運動の成果をふりかえることが，この論文の主旨ではないが，障害者に関する施策の中でのグループホーム・ケア付住宅の占める位置を把握するためにも，主要な動向を一瞥しておきたいと思う。

私は前論文で今後の障害者福祉の動向を次のように表現した。『つまり，一方では自立生活技術の形成が要求されており，一方ではそれを支える地域社会のサポートシステム作りが要求されているのである。そしてこれはこれからの福祉の方向そのものであることもいうまでもない……<sup>3)</sup>』

アメリカにおいて deinstitutionalization（脱施設化）が行政サイドと障害者運動サイドの同床異夢であったごとくに，日本の自立生活運動が行政サイドと障害者運動サイドの同床異夢傾向をはらんでいることは事実である。

アメリカの脱施設化は次の二つの志向性から成り立っていた。

- ① 行政サイドによる施設ケアのコストの増大の阻止にむけた脱施設化。
- ② 障害者運動サイドによる，隔離され，管理された施設ケアの阻止にむけた脱施設化。

これら二つの志向性は一見同じ到達目標をかかげているようではあるが，実際には①の志向性だけが突出することによってもたらされる結果は，

①' 多くの住むところなきホームレスピープル<sup>4)</sup>と町中にある安あがりの小型施設である。

一方②の志向性のめざすものは，

3) 前掲拙稿 p. 38-39

4) アメリカにおけるホームレスの問題は深刻の度を増している。資料としては“The Homeless Mental Disabled” (Mental Health Association of S.F. 1987) などを参照されたい。

②' 利用者のできる限りのプライバシーと自己決定権が保障された施設と地域サポートシステムの提供である。

アメリカの現実には、アメリカ経済の動向と時の政権政党や政権者のアンテナの張りよう、及び、障害者を中心とする市民運動の展開という三つの主要な要素の妥協の中で揺れ動いてきたことは衆知の事実である<sup>5)</sup>。

これと全く同様のことが日本の自立生活運動においても現出しつつある。それは、

- ① 行政サイドによる自立生活技術トレーニングの強調による個人への責任の転化と障害者自身とその家族による自助福祉と買う福祉の強調
- ② 障害者サイドによる自立生活技術トレーニングによる主体性・自己決定性の確保と地域サポートシステムの保障要求

これら二つのベクトルはどちらもおもて向きは自立生活というスローガンをかかげているゆえに、この同床異夢は今後悪夢となって障害者達をおそう危険性をはらんでいる。

そのことを端的に示しているのが、厚生省・労働省両省が1988年10月にだした「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（以下「基本的考え方と目標」と略す）である。そこでは障害者に関する施策の具体的な数字はあがっていないが、高齢者に関する施策では具体的な数字があがっている。それによると2000年までに、ホームヘルパー5万人、ショートステイ5万床、デイサービスセンター1万ヶ所、特養及び老健施設50万人分となっている。障害者人口の6割が60才以上であることを考えれば、高齢者に対する施策の多くのものが障害者施策に横すべりすることは確実である。では、この数字が意味するところはどんなことであろうか。

5) 1988年のアメリカ大統領選挙の産物ともいわれる Americans with Disabilities Act (ADA) of 1989 が今秋にもいよいよ法制化されそうな気配である。ADA は障害者の包括的な公民権法となる予定である。

まず、5万人のホームヘルパーについて考えてみよう。

1987年現在の日本の人口は1億2200万人で65歳以上が10.9%である。それは2000年には推計人口1億3100万人で65歳以上が16.3%とされている。公的ケアシステムがかなりととのっているといわれているスウェーデンにおいては、1983年時において65歳以上が16.9%と、日本の2000年とほとんどかわらないが、総人口800万人に対して、ホームヘルパーが約7万人いるのである。もし日本とスウェーデンの65歳以上の要介護率及び人口全体の障害化による要介護率があまりかわらないものと想定すれば、スウェーデン流の Public care system を導入すれば、100万人以上のホームヘルパーが必要になる。Adolf Ratzka によれば、この7万人の home help assistant を擁するパブリックシステムにおいても、①サービスハウス（ケア付住宅）に偏在されたケアの問題、②公的システムゆえに介護者を選択できない問題などに対する批判があるという<sup>6)</sup>。

一方日本のホームヘルパーは現在2万7000人であり、待機ケースも多く、また1ケースにつき週2回2時間づつの援助というのが現状である。もし日本において、障害者・老人のための在宅ケアシステムが真剣に考えられねばならないとすれば、両省の提供した2000年に5万人のホームヘルパーという案は、お話にならない提案であり、それでは今後の高齢者の人口増加分にもみあわない数字である。つまり今後もずっと、多くの待機ケースをかかえたまま、週2回2時間づつといったホームケアの現状が続くというわけである。このことは、厚生・労働両省が次のように考えていることを意味する。つまり、ホームヘルパー5万人、ショートステイ5万床、ディケアー1万ヶ所という数字は、もっぱら「介護にあたる家族を支援する」（「基本的考え方と目標」）ことをターゲットにしているものと思われる。できる限り、家族が障

---

6) 1988年9月7日の RI 世界会議における特別分科会 (WS-9) でのラツカの講演及び Adolf Ratzka "Independent Living and Attendent Care in Sweden (World Rehabilitation Fund 1986) p. 40-41

害者・老人を介護し、お金のないものはホームヘルパーからわずかな手助けを受け、金があるものはシルバー産業などを利用すればよいという考え方がそこにある。また介護家族が疲れると、ショートステイを利用し、また夜間介護者の昼間の就労や社会参加などのゆえに、日中介護が手うすな場合には、ディサービスを提供しようというわけである。そして介護家族がどうしてももちこたえられない場合は、施設によるプライバシーと自己決定に欠けた介護がまっているのである。

このような考え方やビジョンには三つの大きな問題がある。

(i) まず根本的な問題は、国民が今後とも現状とあまりかわらない方向性のもとで、福祉が進められることを支持していると勝手に想定して「基本的な考え方と目標」が提起されていることである。

しかし私はそれは断じてそうではないと思う。国民に他のビジョンが明確に提起されていない現状では、国民には具体的な選択が許されていないだけなのだ。もちろん国民の判断に供するために、いくつかのビジョンが提供されるべきであるし、それらひとつ、ひとつについて、具体的な障害者・老人の生活についてのメリット・デメリット、介護する家族の側のメリット・デメリット、そして国民全体の負担の程度などが提起される必要がある。

(ii) 次にいかなるビジョンを提起するにせよ、家族による介護（たとえば夫婦間の介護）が全く想定されていない政策は欧米諸国にも存在しないように、想定が困難であり、またそうであるがゆえにこそ、私達はもっと大胆な介護家族支援のためのシステムを必要としているのであり、ささやかな家族の介護におんぶしすぎると、“とじこめっきり障害者”，“ねかされっきり老人”をこれまで以上大量に生み出すことになることを恐れるのである。

(iii) 最後に20才を越えた障害者やかなりの老人の場合には、家族介護が本人の市民的自立と自己実現をそこなってしまうことも多いのであり、施設介護でも家族介護でもない在宅介護システムが彼らには強く求められるわけである。つまり、障害者や老人のニーズこそがまず真剣に考えられるべきであっ

て、それと共に介護する家族や社会の側のニーズも考察されるべきなのである。

そこで次に1980年代の障害者に関する諸施策をもう少し具体的に三つのトレンドに集約させて分析しておきたいと思う。

### 〔1〕 所得保障全般の動向

障害者の所得保障はその社会のもつイデオロギーが最も表われやすい分野である。障害者に対する所得保障を中心とする諸施策は以下の二つのイデオロギーのせめぎあいによる妥協の産物である。

A：生理的欠損（impairment）に基いて、健常者からどの程度損われているかによって、障害者を固定的にランクづけし、損われている程度に応じて主に金銭給付でうめあわせをしようとする考え方。

B：障害者も基本的に社会の一員として、社会に参加するとともに社会に貢献すべきであり、医学的、教育的、職業的リハビリテーションと共に社会的ハンディキャップをも軽減し、参加と貢献をうながすべくさまざまな社会改良と援助を中心にすえ、金銭給付に重きをおかない考え方。

Aのイデオロギーは、基本的に障害者を社会のお荷物としてとらえており、不幸でかわいそうな障害者にあまり時間と金をかけすぎず、そっとしておこうという考え方である。この考え方は障害者の主体性や自己実現を損なうだけでなく、社会の多種多様な展開をも損なっており、＜反ノーマリゼーション傾向＞が強い。しかもそこで必要とされるそれなりの金は、活きないのである。

Bは、いかなる形で社会に参加し、いかなる形で社会に貢献するかが、本人の意思を無視して行政レベルや専門家レベルで決められてしまうことが多く、そのため社会のその時々のあるようが、社会参加と貢献のありようを規定することによって、障害者を、社会の一員として認められた障害者と、そうとは認められない障害者に分断してしまうのである。

その意味で、Bのイデオロギーをもう一步おし進める形で、アメリカの自

立生活運動がおこってきたことは当然といえよう。行政や専門家主導ではなく、障害者自身の選択と自己決定によって、社会参加と貢献を果たそうとするアメリカ型の自立生活運動はそれゆえに、Bのイデオロギーのもつポジティブな面とネガティブな面をあわせもっているのである。

つまり障害者を社会の一員として認めようとするBのイデオロギーは、基本的に社会に貢献することを強いるゆえに、何が何でも結果を出す必要にせまられ、参加に必要な下地作りの要求も実現してゆくが、結果がどうしても金になる労働と、一市民として税金を払うことに収斂してしまうのである。そのことは障害者内部に大きな差別を生み出す危険をつねにはらんでいる。

しかしそれはAのイデオロギーのような形での所得保障の方がいいことを意味するわけでは絶対でない。時に社会に広く蔓延するAのようなイデオロギーをうまく逆手にとって利用しようとする者もいるが、それは結局は障害者をも社会をも解放させない道なのである。とすれば、私達に残されている道はAでもない、Bでもない第三の道を創造することなのである。この第三の道こそは、真のノーマリゼーションの道なのであるが、一見Bがノーマリゼーションの道のごとく見えるのはなぜであろうか。

それはBの道がたとえ一部であれ、介護を必要とする重度の障害者の、マジョリティー社会への統合（インテグレーション）を推し進めたからにはほかならない。しかも、この運動はその際に社会そのもののアクセス化を推し進めることによって、＜ノーマリゼーション社会＞の実現に大きな役割を果たしたのである。

一方、この運動によっても社会への統合が困難な人達は、重度の脳性マヒ者達や知恵遅れの人達、一部の精神障害者達、或いは重介護の必要な老人たちである。彼らは運動を主体的にすすめたり、コミュニケーション能力をうまく利用することが困難であり、そのためどうしても家族や専門家達主導という形をとってしまうのである。自立生活運動は家族や専門家主導のあり方を攻撃したわけだから、余計にその溝は大きくなってしまいうわけだ。

私はここで、この論文で使用する＜自立生活＞という概念を次のように定義づけておきたいと思う。『自立生活とは、本人のそれぞれの成熟段階にみあった関係性と援助のもとで、その本人のもつ個性と能力が最大限に発揮された生活』、つまり『自己実現された生活』のことであり、自己実現とは、私の論文「障害者福祉とノーマリゼーション」で規定したように、『人生の普遍的なそれぞれの成熟段階の中心課題を、それぞれの個性と能力に応じた形で展開してゆくこと。』<sup>7)</sup>なのであり、「それは健常者にとっても、障害者にとっても、各ステップ（成熟段階）ごとに危機（crisis）を伴った課題としてあるのであり、心身がどの程度機能しているかということとは無関係」<sup>8)</sup>なのである。（各成熟段階の詳細については拙論「障害者福祉とノーマリゼーション」を参照されたい）

アメリカの自立生活運動が、そのよって立つ基盤とする自己決定論つまり精神的自立論は、時に個人主義的あるいは能力主義的であるという非難をうけている。それは彼らのよって立つアメリカ文化にメインストリーミングすることは、アメリカ社会の個人主義と能力主義、自由競争主義と切り離して考えることはできないからである。しかし一方では、社会連帯はそのような個人の意志的な連帯にもとづく必要があるという考えにも一理ある。日本的な「二肢的人格構造」にもとづく、「母性的場の原理」で集合することは、個々人の総意ではなく、場の原理や場の操作によって規定されやすいことを意味しているからである。

私は、社会が私達の自己実現に必要な一定の生産力の発展を必要とする限り、一定の競争原理とそれに基く結果の差異を全て無視することは、いかなる社会といえども不可能であると考え。そこで＜ノーマリゼーション社会＞をめざす私達に可能なことは、結果の差異を人間的価値として絶対視しないことである。つまり、それぞれの個性と能力にもとづく自己実現のあり

7) 拙稿 大阪市立大学『社会福祉研究会研究紀要』4号（1985）p. 22

8) 拙稿前掲 p. 22



方に、よって立つ価値をおくことである。それぞれの個性と能力にもとずく自己実現に、私達のよって立つ価値をおくことの大切さを、ほんとうは私達人類は十分に熟知しているというべきであろう。

しかしながら、その大切さは、つまり家族構成員ひとりひとりの大切さや、人間ひとりひとりの営為の尊さは、家族の安定や社会の平和が保たれている時には、空気のごとくにあたりまえのものとして受けとめられているのである。私達はいったんそれを失った時、あるいは失いかけた時はじめて、それがいかにかげがえのないものであったかに気付くのである。それをもう一度とりもどすことが、どんなに大変であり、かえがたいものであるかと考えれば、歴史の辛酸の中で、人類の類的英知はそれを学んできたはずなのであるが、個体は経験を繰り返す中でそのことに気付いてゆくほかないのであろうか。事故や大病を経験した人々も、またそうだといえる。かけがえのないものを失った、あるいは失いかけた人々は、世間体や体面やみえに大きな価値のないことを知ってしまうのである。命の尊さ、家族と仲間のほんとうの大切さを知った時、私達は＜ノーマリゼーションの原理＞におのずと到達しているのである。つまり、生きとし生けるものすべての尊さと、私達がそれらのつながりの中で生かされてあることのありがたさを、である。ここまでゆきつかないノーマリゼーションや自己実現の思想や原理は、常にマジョリティーの原理や中流幻想に足をすくわれてしまうのである。アメリカの自立生活も、いや日本の自立生活運動もまた、その危険性を常にはらんでいる。

このような＜自立生活＞と＜ノーマリゼーション原理＞の視点から見れば、1986年度の年金法改正による障害基礎年金の創出は、①幼い時からの障害者を国民一般と共通な年金体系に位置づけたこと、②所得制限を、ともかくも本人単位に改めたこと、など評価すべき点も認められる。しかし、一部無年金者の問題と共に、はたしてこの額（月額1級—66000円、2級—53000円）で、稼働能力の少ない障害者が＜自立生活＞ができるのであろうか。

いまだ一定の社会保険原理を保持している年金制度に所得保障のすべてを

ゆだねることの是非は別としても、生活保護には大きなスティグマがあり、しかも申請から受給にいたるすべてのプロセスが、切り捨て原理で動いている現状においては、障害基礎年金を障害加算を含む生活保護の支給額のレベルまでは引き上げるべきであろう。その際、いまだAのイデオロギーをひきずっている一級、二級の固定的ランク付けはやめ、社会リハビリテーションをもっとおしすすめる中で、実際に稼働能力に欠ける人達の生活実状に応じた年金支給がなされるべきだと思われる。

## 〔2〕 施設福祉の動向

ここでは二点だけおさえておきたいと思う。

### ①施設措置費に対する費用徴収、利用者負担の問題

### ②施設（病院）からの障害者の地域復帰の促進と施設の地域化・小規模化の促進

①については、利用者負担の問題は措置費制度をどうするかという問題ともかかわってくるわけであるが、1989年3月の社会福祉関係三審議会合同企画分科会意見具申「今後の社会福祉のあり方について」では、その問題にはほとんど触れていない。しかし、利用者負担が、1986年の年金法改正とだきあわせで創出されたことを考えれば、措置費に利用者負担をくいこませる形がしばらく続くものと思われる。

現在の日本の福祉のレベルでの国民の選択の方向は二つしかみえてこない。

### ①措置費制度と利用者負担のだきあわせの継続化

②基本を個人のサービス利用と利用者負担におき、不足すればアメリカの Medicaid やイギリスの Income Support 流に施設利用者に生活保護費を支給する。

私達は非常にまずしい選択を強いられているわけであるが、たとえば1980年代のイギリス障害者福祉の動向に関する書物の中にあった『たいへんな困難な状況のもとで自立生活するよりも、個室でのプライバシーも利用者の選択もよく保障された施設での生活を望む障害者もふえている』という報告<sup>9)</sup>

を私達はどう受けとめるべきであろうか。

もっともイギリスにおいては、生活保護費の民間施設の入所者への適用が緩和された1979年から1984年までの5年間で、民間施設 (private residential care home) が2倍になり、さまざまな弊害も生まれている<sup>10)</sup>。『Griffiths Report (1988) はそのような傾向によるコミュニティケアへの弊害をきびしく指摘している』そのために Residential Care のレベルをなんとか保持しようと、Registered Homes Act 1984 による登録の義務づけやその時の施設ケアのガイドラインの作成 (A code of practice for residential care) などがなされており<sup>11)</sup>、また、私が見聞したいいくつかの障害者施設においても、ボルヘンスベルガーのノーマリゼーション達成度の evaluation method (PASSING) が使用されているなど、それなりのとりくみがなされている。

施設についていえば、施設はそれ自体として考察されるべきではなく、地域サービスシステムの中でどのような役割をはたすべきであり、そのためにはどのような形と中身が必要であるのかこそが、論議されるべきなのであるが、このことについては他の章で検討したいと考える。

②の社会復帰にむけては、1987年の精神衛生法改正による精神保健法が一応その方向性を示したし、また精神薄弱者についても、1987年に再就労にむけた「精神薄弱者社会自立促進モデル事業」、1988年には、退所にむけた「精神薄弱者自活訓練事業」が始まり、1989年度からは、今回のメインテーマであるグループホームが「精神薄弱者地域生活援助事業」という形で取り組まれようとしているのである。

しかし考えてみれば、日本のほとんどの障害者施設は更生施設もしくは授

---

9) C. Jones & N. Tutt eds "A Way of Life for the Handicapped—New Developments in Residential Community Care" p.106 (RCA. London 1983)

10) J. Bradshaw & I. Gibbs "Public Support for Private Residential Care" (Avebury Gower Publishing 1988)

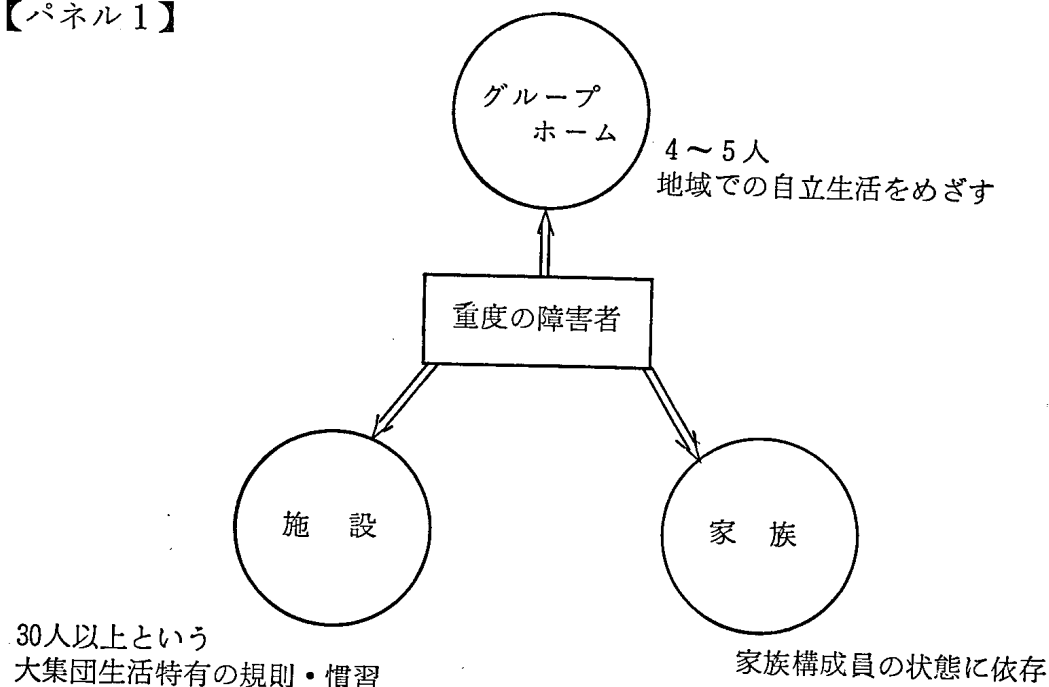
11) R. Ross "The Registered Home Act 1984 and the Registered Homes Tribunal" (Social Care Association 1987).

産施設、つまり Rehabilitation 施設であるのか、Vocational Rehabilitation 施設であり、その目的はいうまでもなく、社会復帰（上田敏流にいうと、「全人間的復権<sup>12)</sup>」）にあったはずである。それをことさらに施設や病院もようやく社会復帰に目がむいてきたといわなければならないのが、我が国の現状なのである。

つまりこれまでの日本の障害者福祉は、援助や介護する側としての家族や専門家や社会の側からすべてが判断され、自己実現する障害者の側からの発言もそれをサポートする思想も、1980年代までは非常に弱かったのである。今回のメインテーマであるグループホームですらも、アメリカの脱施設化の中での安あがり小型施設化（特に Board and Care Home は評判が悪い<sup>13)</sup>）と同じ道をたどる危険すらあるのである。

ここで【パネル1】について考察してみたいと思う。

これは日本における介護を必要とする重度の障害者の、介護の三つの拠点【パネル1】



12) 上田敏「リハビリテーションを考える」（青木書店1983）

「リハビリテーションの課題」（医学書院1987）など

13) S. Segal "Deinstitutionalization" (Encyclopedia of S. W. NASW 1987)

を示したものである。つまり、これまでは重度の障害者は家族の構成員に介護をうけるのか、それともそれが無理な場合には、施設で介護をうけるかという二つの道しかなかったのである。それに対して、これから考察を深めてゆこうとするグループホームは、『小さなグループ（4～5人）で共同生活をしながら、いろいろな援助をとおして地域での自立生活をめざす所』と考えられるが、ここでは、重度の障害者の人達を選択しうる第三の道、希望の道として提起されているのである。

これら三つの拠点についての4つの指標の比較は【パネル2】でなされている。

【パネル2】

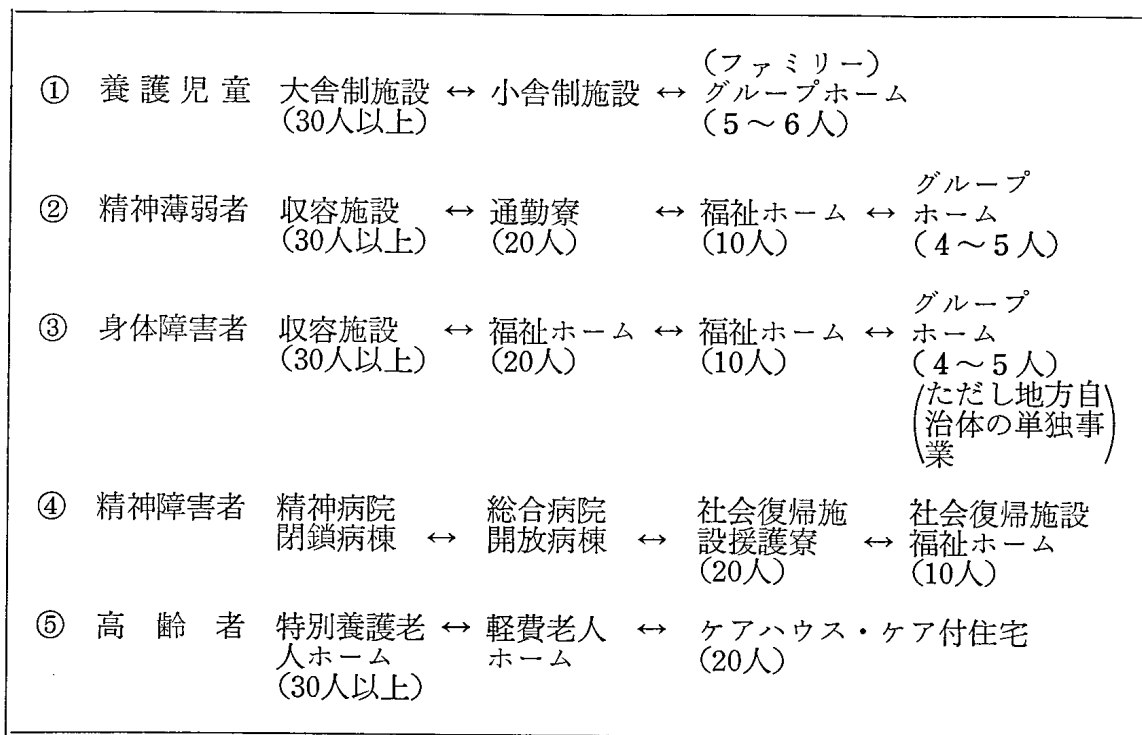
	① 家 族	② 施 設	③ グループホーム
① プライバシーの保障	主張（要求）しにくい	ほとんど4人部屋で、まずプライバシーはない。	個室の確保は十分可能なので、あとはメンバー間の相互理解が大切
② 障害者の自己決定と選択性	選択の幅は介護可能者の人数と、介護者との関係、そして介護者の就労状況及び健康状態に規定されている。	ごく一部の施設では、入居者の自治会などが存在しているが、ほとんど入居者側に決定権も選択権もなし。	入居者中心の運営が入居者会議などで可能。
③ 地域との関係	家族によってまちまち	きわめて限定されている。	小さくて町中にあるために地域にはなじみやすい。
④ 介護者の社会性	介護者の社会参加が介護と介護疲れによって制限される。	閉鎖的で自己完結的なために職員の社会性や意欲をのばすことが困難な場合が多い。	地域との接触が多いので、職員がコーディネーター的役割を展開できる。

ここでは少々グループホームが理想化されすぎているが、それだけ期待も大きく、それを運営する側の障害者自身の思い入れも強いわけである。

次に日本のグループホームにむけた5つの流れについて【パネル3】をも

とに考察してみたいと思う。

【パネル 3】



これらの流れは、明らかに施設サービスもまた一定の小規模化と地域化のニーズに門戸を開きつつあることを示している。もちろんこれらの流れは、非常にゆっくりと左側から右側へと流れており、いまだ左側は圧倒的であり、右側はごくごく少数にすぎないことは事実である。そしてこの流れが真に＜ノーマリゼーション原理＞に基く自立生活の道をおし進めるものとなるのか、それとも安あがりだけをねらった小型施設（グループホームの4つの指標が生かされていないグループホーム）となるのかは、グループホームを推進しようとする勢力のどの部分の政策が、どのような形で反映されるかによると共に、それ以上に在宅福祉を含めた地域福祉システムの全体構想の中に、グループホームがどのように位置づけられて推進されるかにかかっているのだといえよう。

〔3〕 リハビリテーション体系再編の動向

リハビリテーション体系の再編については大きく二つの側面からとらえて

みたいと思う。

① 旧来の医学的リハビリテーションVS社会的リハビリテーションを含む  
総合リハビリテーション

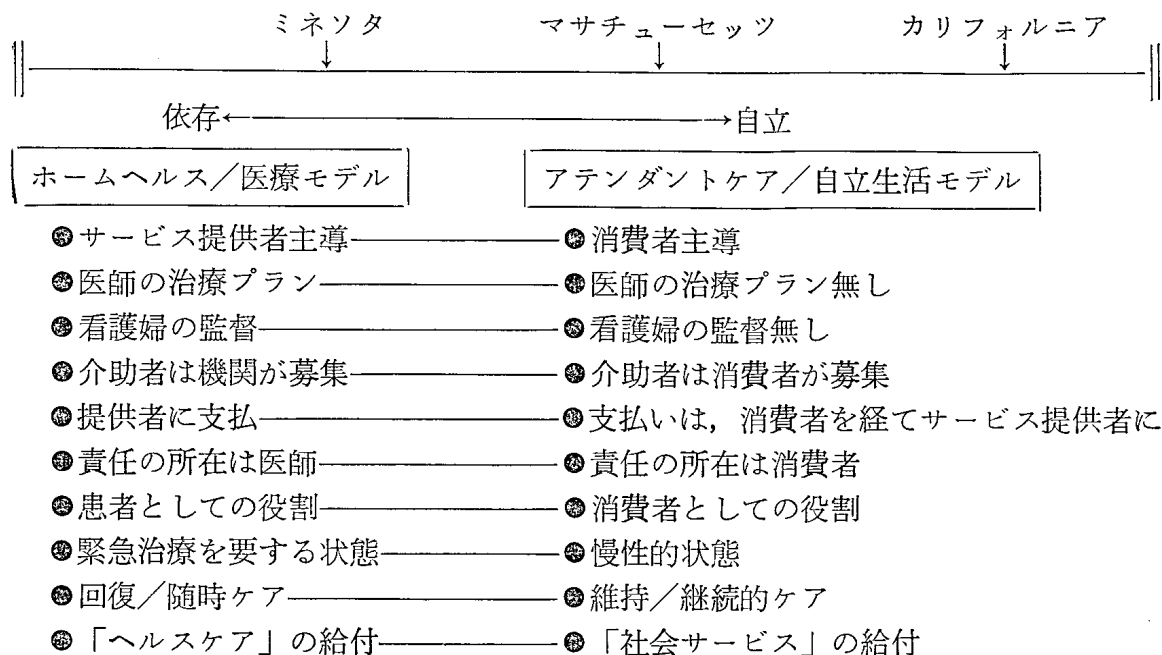
② 旧来の医学的リハビリテーションモデルVS自立生活プログラムモデル  
まず①についてであるが、1988年に東京でRI（国際リハビリテーション協会）の第16回世界会議が開催された。その時のメインテーマは「総合リハビリテーション——その現実的展開と将来展望」であった。1986年の国際社会福祉会議にあわせたかのように、「国民年金法」等が改正されたが、この1988年の時にも、この世界会議にあわせたかのように「身体障害者雇用促進法」の改正がなされ、「障害者の雇用の促進等に関する法律」となり、対象が精神薄弱者等にも広げられとともに、職業リハビリテーション体制が整備されて、「障害者職業カウンセラー」が法的に位置づけられた。もちろん日本においてアメリカ流のリハビリテーション専門家の専門分化がどの程度、専門資格化をともなっているのかは、今後の動きをもう少しみる必要があるが、総合リハビリテーション体系が、真に障害者の地域での自立生活に照準をあわせるならば、有効な専門性が求められることになるであろう。また、それと共に、自立生活の主体である障害者自身の主体的な参加と評価が、どのような形で総合リハビリテーション体系の中で保障され、真にパートナーシップといえる関係性を生み出さうのかが今後の課題である。

次に②についてであるが、旧来の医学的リハビリテーションモデルと自立生活プログラムモデルとの比較は、デジョングなどによって日本にも紹介されている。（【パネル4】参照、ただし一部訳語を変えた。）<sup>14)</sup>日本でも徐々に自立生活プログラムが実施されてきている。たとえば東京都心身障害者福祉

14) G. DeJong & T. Wenker “Attendant Care as Prototype Independent Living Service” (Archives of Physical Medicine and Rehabilitation No.60. 1979)

日本語訳「障害者の自立生活」第二部（編集，発行，“障害者自立生活セミナー実行委員会”）p. 96

## 【パネル 4】



センターや横浜市総合リハビリテーションセンターでは、行政レベルの専門スタッフを中心に取り組みがなされており、八王子のヒューマンケア協会や新宿区立の障害者福祉センター内の自立体験室などでは民間レベルでの障害当事者が中心となって自立生活プログラムが運営されている。《八王子のヒューマンケア協会は東京都の地域福祉振興基金から助成を受けており、また新宿の場合には区の障害者福祉センターの委託をうけて"新宿身障明るい街づくりの会"が運営している。今後このようなアメリカの POS (Purchase of Service Agreement) 型に近いサービス供給システムがどのような形で日本で展開されるかは注目に値する。》

実は、この自立生活プログラムには広義のプログラムと狭義のプログラムがあると私は考えている。つまり C I L (自立生活センター) の提供するすべてのプログラム、いやもっといえば C I L を創造し、運営するすべての activities を自立生活プログラムととらえる広義のそれと、それを総合リハビリテーション機関などの提供する ILST (Independent Living Skill Training 自立生活技術訓練) としてとらえる狭義のそれとである。私は、

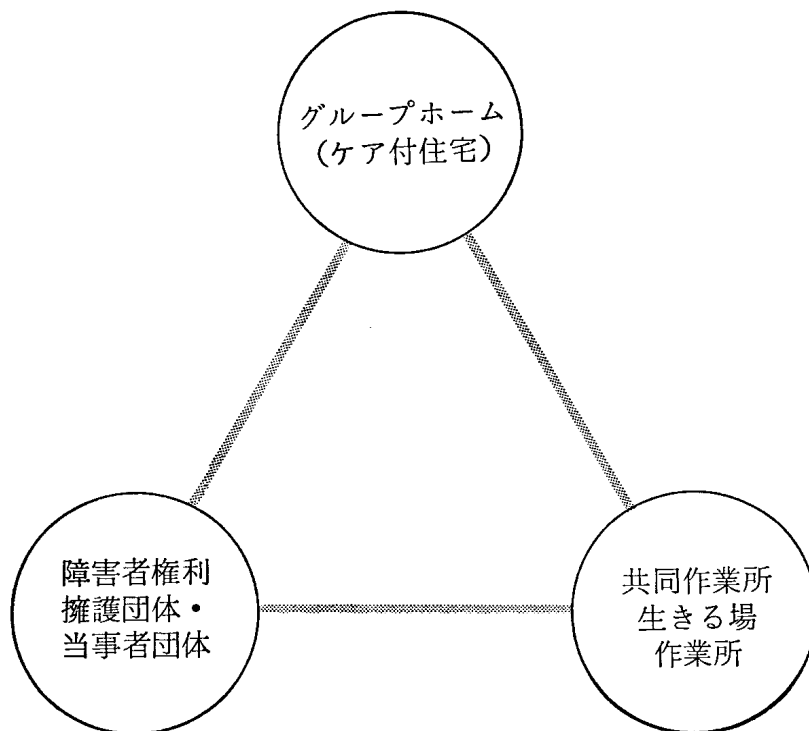


自立生活プログラムの狭義への矮少化を危惧している。前にも述べたが、いままでのリハビリテーションの最大の問題は、障害者がかかえるすべての社会的不利をその本人の障害そのものに原因があるとし、機能障害の克服にむけた日常生活動作訓練と職業訓練だけが、社会的不利をうめるものだとされていた点にあった。しかし、それと同じようなことが、この自立生活技術訓練にもおこる可能性があるのである。長い間、病院や施設に入所していた、あるいは長く養護学校と家庭の往復ばかりしていたということで、まるで障害者を浦島太郎のようにとらえて、彼らに現在の日常市民生活のハード面とソフト面での適応を求めるというやり方は、私には納得がいかない。そこには日常市民生活世界が日常的に障害者を排除し続けながら、障害者に日常生活技術を、日常生活とは切り離された所で訓練しようとする欺瞞が感じられる。あるべきは、地域社会、学校社会、職場社会、といった日常社会の中で障害者が日常的に生活することが、まず求められるべきであろう。そしてそれでもなお日常市民生活を営むうえで、その障害ゆえに生じうる問題への工夫や、さまざまな福祉機器への挑戦も必要であろうし、また介護者を必要とするという障害者特有の状況に際しては、介護者との関係をスムーズにするためのマネジメント技術も必要となってくるであろう。しかし、それでも私は、自立生活技術訓練の必要性を一定認めながらも、それを専門機関で日常生活から切り離された訓練としておこなうことを評価しない。私は自立生活技術訓練プログラムを自立生活プログラム全体から切り離す必要はないし、切り離してはいけないとすら考えているのである。アメリカ各地のCILにおいて、たしかにILST（自立生活技術トレーニング）はひとつの大切なプログラムである。しかし、自立生活プログラムは、実際には、自立生活そのものを障害者自身が相互に援助しあう体系として存在しているのである。つまり、地域で自立生活をする障害者像（セルフイメージ）を、基本的には相互のpeer counseling過程と、相互に障害者の権利を行使してゆくadvocate過程において築きあげてゆくものだといえよう。

その意味では、私はグループホームの入居生活自体を自立生活長期入居プログラムとしてとらえることも可能であると考ええる。特に障害者の自立生活運動から勝ちとられてきたグループホームは、その運営主体が障害者であり、内部運営のための活動や地域からのさまざまな支援を求めるための活動を含めたすべての活動が、自立生活にむけた自立生活プログラムであるといえると考ええる。そしてそのグループホーム生活の必要に応じて、さまざまな生活学習プログラムや社会体験プログラムが組まれることは当然であるが、そのようなプログラムだけを切り離して、自立のイメージも自立した障害者像を作りあげる日常体験も持たない障害者に、日常性から切り離された所で、専門家によって、自立生活技術プログラムとして提供されることは、やはり問題であろう。

実際には、いまだアメリカのC I Lのような障害者の自立生活にむけた活動拠点をもたない日本においては、【パネル5】にみられるような三種の神器が全体として機能を果たすことが必要だと考えられる。

【パネル5】 障害者の自立生活にむけた活動拠点



この三種の神器は、それぞれ最良の部分を出しあうことによって、

- ①地域で自立生活をする障害者という自己像（セルフイメージ）を、自立生活をしている、あるいはしようと試みている仲間との相互交流の中で創造してゆく……ピアカウンセリング（仲間カウンセリング）
- ②そのため必要な自立生活技術を身につけてゆく……自立生活技術トレーニング（ILST）
- ③いざという時には、自分や仲間の権利を主張してゆく……権利擁護活動（アドボカシー）

という自立生活にむけた三つの本質的な機能を果たしうるものと思われる。

（もちろん、自立障害者が中心となって、①②③の機能及び④アテンダントとアクセス住宅の紹介を本質機能として運営される自立生活センターが日本でも創造されることがより望ましいことはいうまでもない。）

しかし、これで障害者の自立生活が可能になるわけでないことはいうまでもない。ここでもう一度私の「障害者福祉の動向」を引用しておけば、『つまり、一方では自立生活技術の形成が要求されており、一方ではそれを支える地域社会のサポートシステム作りが要求されているのである。そしてこれはこれからの…』ということであり、いかに自立生活技術トレーニングが強調されようとも、地域での自立生活が可能となるには、一定レベルの地域サポートシステムが不可欠なのである。

そこでここで80年代の動向の分析を終え、次に第三章で、グループホーム・ケア付住宅を一定定義づけ、さらに

第四章、地域ハウジングシステムとグループホーム・ケア付住宅

第五章、地域サポートシステムとグループホーム・ケア付住宅

においてグループホーム・ケア付住宅を二つのシステムの中で位置づけることによって、グループホーム・ケア付住宅の本質と問題点を浮き彫りにしたいと考える。

そして第二部では、第一章でグループホームの具体的な事例として、今回

の番組でも取り上げた横浜市の「ふれあい生活の家」と、大阪市の「グループホーム中部」を、また第二章ではケア付住宅として、番組ではとり上げることができなかった北海道のケア付道営住宅を取りあげて、それぞれの運営や介護体制等を検討し、最後に第三章で、今後の地域サポートシステムとグループホーム・ケア付住宅の展望について述べてみたいと思う。

### Ⅲ グループホーム・ケア付住宅とは何か

まず、グループホーム・ケア付住宅について一定の定義づけをしておきたいと思う。

グループホームについては、第一章で述べたように「小さなグループ（4～5人）で共同生活をしながら、いろいろな援助を通して、地域での自立生活をめざす所」と定義づけたいと思う。つまりグループホームの本質を共同生活による自立生活の形成におくわけである。しかしそうすれば、4～5人での援助を使った共同生活で自立生活をめざさないものはどうなるのかという問が成り立ちうる。私はこの問は、アメリカの deinstitutionalization（脱施設化）において問題となっている「board and care home」や「group home」といった「community care facilities」もまた「小さな施設」ではないのかという問と重なってくると考える<sup>15)</sup>。

結論からいえば、この論議は不毛である。なぜなら、「施設」や「地域ケアファシリティ」といったものを、それぞれの勝手なビジョンのもとで語ることは個々の自由であろうが、そこからは何も生まれえないからである。一方で最良の施設と最悪の地域ケアファシリティを比較し、他方で最悪の施設と最良の地域ケアファシリティを比較しているとすればどうであろうか。この議題を解決するには、次の二つの概念を導入する以外にない。つまり＜施設性＞という概念と、＜日常市民性＞という概念である。《ここでとりあげる＜日常市民性＞は決して＜自立性＞ということではない。私は＜自立性＞

---

15) 前掲 S. Segal “Deinstitutionalization”(Encyclopedia of S. W. NASW 1987)

という概念を、差異を差別とはしない〈ノーマリゼーション原理〉という概念と同義の概念として第二章で定義した。一方〈日常市民性〉は差別的でもある日々の日常的な市民のあり様を意味している。》それゆえに、個々の施設がどの程度〈施設性〉を有しているのか、あるいは〈日常市民性〉を有しているのかが問題となるのである。

ここで〈施設性〉とは、『その施設がどの程度日常市民生活のコンテクスト（文脈）から逸脱しているか』を意味している。私は前論文でこのことを次のように表現した。「施設の問題は、それが社会の日常文化と日常市民生活のコンテクスト（文脈）から切り離された、隔離された世界として存在するところからうまれる<sup>16)</sup>。」「その施設がいかに設備、スタッフ、運営ともに充実していようと、それが社会の日常生活のコンテクストから疎外されていけば、それは〈逆ユートピア〉でしかない。そこでは障害者は（いや職員も）ほんとうには生きていない。そうではなく施設は日常生活、市民生活のものとなるべきである<sup>17)</sup>。」

私達がボルフ ェンスベルガーの Normalization 論から学ぶところがあるとするれば、それは〈施設性〉から〈日常市民性〉にいたりつくための戦略としてである。《しかし、この議論は常にひとつの大きな矛盾をかかえこむことになる。それは〈日常市民性〉こそが〈施設性〉を生み出す母体なのであり、〈施設性〉を〈日常市民性〉に戻すノーマリゼーション理論はつねに差別性と隔離性を、つまり〈施設性〉を再生産しているとすらいえるのである。この矛盾をアウフヘーベンする道は実際にはノーマリゼーション過程を〈日常市民性〉の形成過程としてとらえるのではなく、〈自立性＝自己実現性〉の形成過程としてとらえることである。私はそのことを含めた原理を〈ノーマリゼーション原理〉ととらえており、この論文で使用する〈ノーマリゼーション原理〉はかかる意味を付与されているのである》彼の 〈PASS-

16) 拙稿『地域での自立生活とノーマリゼーション』p. 45

17) 同上 p. 47

ING—Program Analysis of Service Systems' Implementation of Normalization Goals—>の Normalization Criteria and Rating Manual (ノーマリゼイション基準と評価のための指針) は、ある施設なりプログラムがどの程度、日常生活のコンテクストから逸脱しているのかを具体的に示してくれるので<sup>18)</sup>あり、その意味で私達はもっと彼の戦略を熟知する必要があると考えるのである。

つまり、「施設」であるから、あるいは「グループホーム」であるから、ということが問題なのではないのであって、具体的に「Aの施設」のあるいは「Bのグループホーム」の<施設性>と<日常市民性>つまりは、<インテグレーション(統合)度>が問題となってくるわけである。そうとらえておけば、施設やグループホームという表現を各々の国や地方自治体、あるいは各種団体や各研究者がどのように恣意的に使用しようとも、それほど問題ではない。我々が問題としているのは、各ユニット(unit)の<施設性>そのものなのである。

たとえば私達は【パネル2】で4つの指標をとりあげたわけだが、施設が①②③④の指標のすべてにおいて本質的にマイナスというわけではない。多くの日本の施設の現状を述べたにすぎない。グループホームの場合も小さいこと(6人以内)と町中にあることはたしかに<日常市民性>にいたる大きなステップとしてあるわけだが、しかしグループホーム内での障害者の日常生活での主体性や、介護者と障害者との関係や、建物内部のアクセス性などのあり様によっては、<日常市民性>からの逸脱が大きくなる場合も考えられるのである。また私達がグループホームを前述のごとくに定義したからには、それはただ単に、4～5人で町の中で住むことではないのであって、自立生活をめざすものだけをグループホームと呼ぶのである。

また、もうひとつの問題は“家族”の問題である。障害者が親といっしょ

---

18) W. Wolfensberger & S. Thomas "PASSING—A Method of Evaluating the Quality of Human Services according to the Principle of Normalization" (National Institute on Mental Retardation 1983)

に住んでいることは日本の文化の中では、ひとつの〈日常市民性〉だといえなくもない。とすれば、“家族”との同居はグループホームでの生活以上に〈日常市民性〉を獲得しているとさえいえる。しかしここでも、〈自立＝自己実現性〉について考えれば、そうとばかりはいえないことになる。それは、家族形態の問題ではなくて、本人の成熟段階にもとづく家族の関係性の問題なのである。

次にケア付住宅の定義を行ないたいと思う。ケア付住宅の定義は、グループホーム以上にやっかいである。一般にケア付住宅を幅広くケアのついたハウジングととらえてしまえば、介護者のいる家族も、施設もすべてケア付住宅ということになる。それゆえに神奈川県ケア付住宅基本問題検討委員会報告のような定義がなされるわけである。

「日常生活において何らかの身辺動作の介助、生活関連動作の援助を必要とする人々が、地域社会の中で自立した生活を送ることができるように、特に生活の基礎となる住宅と介助（援助）手段を確保し、その有機的な統合を図った新しい住居システム」<sup>19)</sup>

ケア付住宅を旧来の施設と区別するために当然おこりうる定義である。そしてそのために基本理念として、「①利用者の意志決定の自由の保障とプライバシーの尊重、②一般市民として地域社会の中にあること、③多様な選択の保障のためのケア付住宅の多様性の保障、④地域住民の参加と理解、⑤障害者自身による介助労働に対する支払いとそれを含めた所得保障の充実」をあげている。

このような定義をすれば、グループホームはケア付住宅の一形態としてとらえられることになる。一方、実際に具体化されているケア付住宅を考えるならば、ケア付住宅なる表現は、現在建設省が提起している老人のケア付住宅なるものと、北海道のケア付道営住宅が使用している程度であろう。この

19) 荻田秋雄委員長による“神奈川県ケア付住宅基本問題検討委員会”の「検討委員会報告書」（1987年3月）p. 2

老人のケア付住宅は、イギリスの Sheltered Housing<sup>20)</sup> の模倣であって、緊急時に Warden (管理人) が対応するといった程度のものであって、ケア付住宅というのはおこがましい。また、ケア付住宅のもうひとつのモデルとなりうるスウェーデンのサービスハウスも

①障害者の偏在性

②介護人主導型であって、介護人の選択も介護時間や内容も選択できないなどが、その問題点として指摘されているのである<sup>21)</sup>。(北海道の道営ケア付住宅については第二部で詳細に検討してみたいと考える。)

私は神奈川県を検討委員会が述べているようなケア付住宅が自立生活にそれ程役立ちうるとは考えない。つまり、その①から⑤までの基本理念にあるような選択権を行使でき、一市民として地域と交流でき、かつアテンダントをマネージメントできることが可能な障害者がケア付住宅といった、一ヶ所にかたまって住むメリットは、自立生活を進める側には何もないのである。むしろ一般住宅をアクセス化することと、在宅のケアシステムを充実する方向をとるべきであって、ケア付住宅をふやす方向をすすめるべきではないのである。一方、現状ではグループホームもまた地域のケアシステムとアクセシブル住宅の不足を補わざるを得ないという側面をもつものの、グループホームはその本質において、自立生活を確立していない人々が、共同生活によって自立生活の確立をめざすというメリットをもっている。しかし、ケア付住宅政策を進めることは、そこにはいれる人達だけがケアを保障され、それ以外の人達はそうではないという天国と地獄を作ってしまうことになりかねない。(北海道ケア付道営住宅に対してもたとえば小山内みち子などからはそのような批判がでている<sup>22)</sup>。)

20) Sheltered Housing の簡単な紹介としては、たとえば N. Fyson "Homes & Housing" (Batsford Academic & Educational. London 1983)

21) 前掲 A. Ratzka "Independent Living and Attendant Care in Sweden" (World Rehabilitation Fund 1986) 及び1989年8月の Bengt Elmen (Director of Stockholm Cooperative for Independent Living [STIL]) へのインタビュー



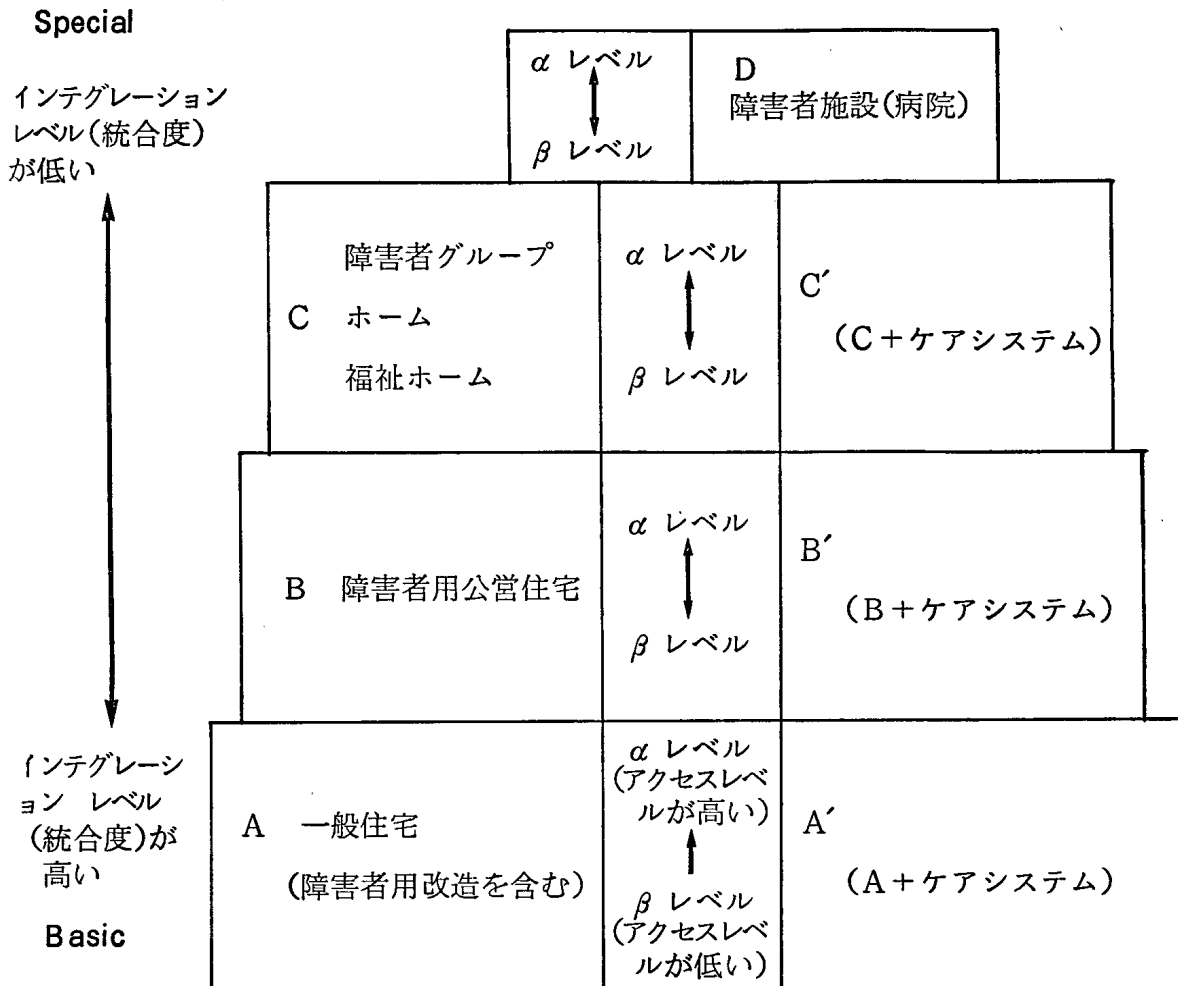
それゆえ、一定の Transitional Independent Living Center としてグループホームを創造することの積極的な意義は認めるが、ケア付住宅を作っ  
てゆこうとする方向は、すべての障害者・老人が地域で自立生活をおこなう  
基盤を作る方向に逆行する可能性があることだけは、はっきりと指摘してお  
きたいと思う。

#### Ⅳ 地域ハウジングシステムとグループホーム・ケア付住宅

グループホーム・ケア付住宅はケア体制をもったハウジング・ユニットで  
あるところから、これらについては地域ハウジングシステムからと地域ケア  
システムの両側面から検討しうるわけであるが、まず地域ハウジングシステ  
ムの側面からアプローチしてみると、【パネル6】のようになる。  
そこには二つの軸が存在している。ひとつはインテグレーションレベルの軸  
である。その軸からみれば、ピラミッドの下にゆく程 basic つまり＜日常  
市民生活＞にインテグレート（統合化）された housing 形態であることを  
意味する。第二はアクセスレベルの軸としての  $\alpha \rightarrow \beta$  軸である。このアクセ  
スレベルはバリアフリーレベルと同義であって、障害者のあらゆる面での  
＜日常市民生活の営みやすさ＞を意味している。それは物理的な接近のしや  
すさだけを意味するのではなく、障害者が機能的に使いやすい、生活しやす  
いということが大切なポイントなのである。たとえば、施設がいかに車イス  
で自由に移動できる広いスペースと段差カットをしていたとしても、ドアの  
開閉が職員中心のシステムになっていれば、私達はこれをアクセス（バリア  
フリー）レベルが高いとは考えないのである。それは両親が同居している場  
合でも同様であって、障害者の主体的な行動にウエイトがおかれているのか、  
それとも家族まかせの構造になっているのかを housing のあり方の大切な  
ポイントと考えているのである。

22) 「ケア付住宅」研究集会実行委員会、編、出版「ケア付住宅を考える」p. 87-90  
(1987)

## 【パネル 6】



- 例 A : 大阪市住宅設備改造費の助成(40万円以内)  
世帯更生資金・住宅資金の貸付(95万以内, 年利息3%)
- A' : ホームヘルパー制度, 医療ヘルパー制度, ガイドヘルパー制度, 介護人派遣事業, 在宅配食システム, 入浴サービス, ショートステイ
- B : 大阪府車イス住宅 MAI システム
- B' : 北海道ケア付き障害者用公営住宅
- C : 精神薄弱者福祉ホーム, 身障福祉ホーム (ocf仙台ありのまま舎)
- C' : 横浜市グループホーム「ふれあい生活の家」大阪市「グリーンホーム中部」
- D : 更生施設, 療護施設

もちろんこの housing system は, transportation system (移動システム) と連動していないことには, ほんとうの自立生活システムとしては成立しがたいことはいうまでもない。しかもそのことがたとえ保障されていると仮定しても, たとえばAの一般住宅においても障害者の住む住宅だけがア

アクセス化されている場合と、一般住宅全体がアクセス化されている場合とでは、障害者の日常市民生活の幅は全然違ってくるのである。現状では車イス障害者が健常者家庭に遊びに行くことは非常に困難である。

次にBの場合であるが、障害者用公営住宅は1階部分に障害者が集中していること、及び2階以上との関係のとり方が難しいことなどから、Aよりもノーマルな形態はいえない。(北海道のケア付住宅は【パネル6】のB'に属する。)

次にCであるが、グループホームは housing unit としてはCに属する。このグループホームが自立生活のための居住プログラムであるかどうかは、housing の側面からみれば本質的な問題ではないが、それが障害者だけの共同生活という形をとっているゆえに、インテグレーションレベル(統合度)は高くない。たしかに大きな施設に比べれば、その地域への統合度も、ソーシャルイメージも悪くないが、それは一般住宅での自然に分散された生活に比べれば、統合度もソーシャルイメージもよくない。また障害者同士が仲間への依存と安心感から閉じこもりがちになれば、統合度はより低くなるであろう。

私がここであえて、たて軸をインテグレーションレベルの軸と名付けて、ノーマリゼーションレベルの軸と名付けなかったのかには、わけがある。それはボルフェンスベルガーの Normalization の達成度のエバルエーションのチェックリスト<sup>23)</sup>には地域とのインテグレーション度を中心とする社会的イメージをどの程度高めうるかの項目だけでなく、障害者個々人の内的可能性をどの程度高めうるのかをはかる項目も含まれているからである。

(前者は27項目、後者は16項目)つまり障害者の自立と自己実現を高める二つの側面として social image を高めることと、個人の内的可能性を高めることの二つが統合的にとらえられているわけである。だからグループホームの評価の場合においては、housing システムとしてのインテグレーションレ

23) 前掲 PASSING の p. 510 に Checklist が付録されている。

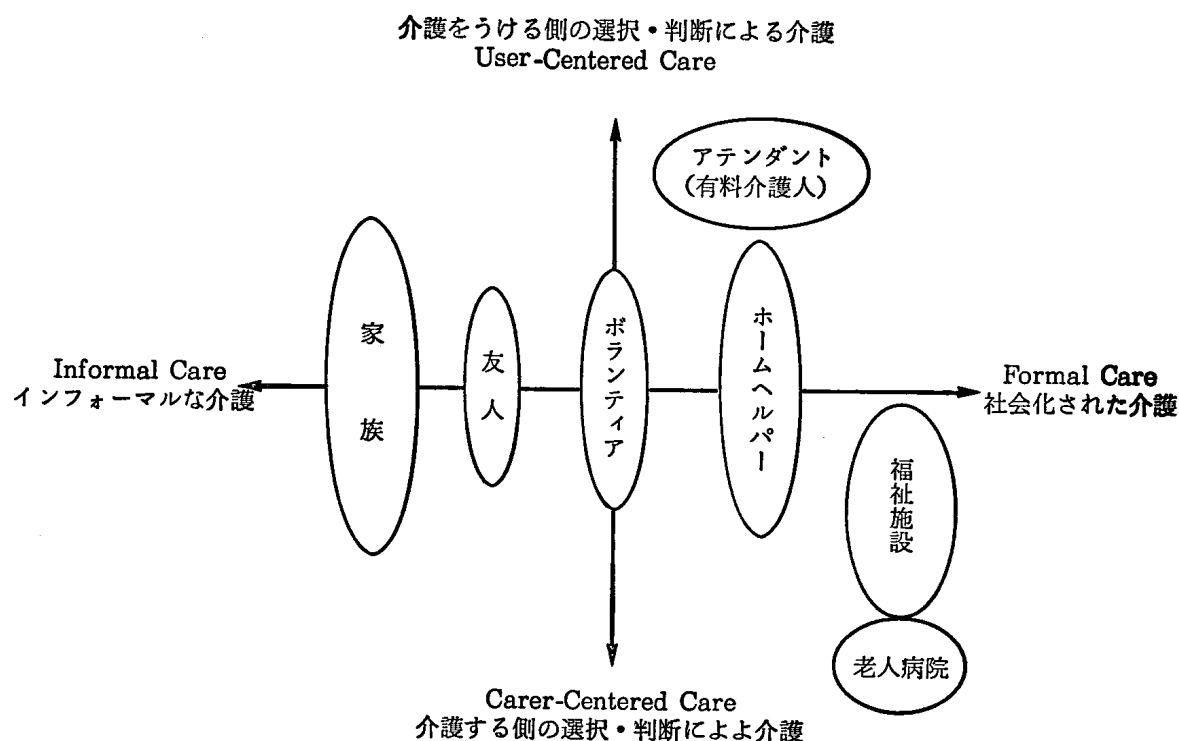
ベルは高くないわけであるが、ノーマリゼーションレベルの全体的評価としては、障害者の自主的運営のレベルや地域との関係性のレベルを含む全体としての自立と自己実現度をチェックする必要があるわけである。それゆえ、housing system の評価だけについていえば、インテグレーション度という表現が適切だと思われる。

Dの施設については、そのインテグレーション度が問題であるだけでなく、【パネル2】でも表現されているように、現在の施設はさまざまな問題をかかえているわけである。

## V 地域サービスシステムとグループホーム・ケア付住宅

まず地域ケアシステムという側面からケア提供者のケアのあり方を図示してみれば、【パネル7】のようになる。

### 【パネル7】



自立生活を求める障害者の側から介護の社会化が叫ばれて久しいが、介護の社会化とはいったい何を意味するのであろうか。介護の社会化だけを言う

のであれば、老人病院のケアも施設のケアも社会化されたケアであることはたしかである。障害者の基本的人権として介護権の思想を語る場合でも、次のような疑問につきあたる。ある老人病院のようにおしめをあてられ、三度の食事だけをベッドであてがわれた、寝かされっきりのケアのような場合においても、介護権が保障された状態といえるのであろうかと。結論的にいえば、介護権思想や介護の社会化理論は、もうひとつのベクトル、つまり＜自立生活＞のベクトルをふまえて理論化される必要がある。

そこで【パネル7】では、介護の社会化レベルを左右軸とし、障害者—介護者関係における障害者の側の自立的な主体性と判断のウェイトのレベルを上下軸とした。ここでアテンダント（有料介護人）と表現されている介護者は、その費用の出所を問わず、また費用の多少を問わず、介護を必要とする障害者が個人的に契約して介護を受けている介護者のことである。（いわゆる有償ボランティアを含む。）【パネル7】をみれば一目瞭然であるが、Ⅲの部分で表示されているアテンダントとホームヘルパーが介護権思想に基く、自立生活をめざす社会化された介護提供者として浮かびあがってくるわけである。

そこで次に、このアテンダントの一典型としてアメリカのカリフォルニア州の In-Home Supportive Service（在宅サポートサービス）の Individual Provider（個人提供者）<sup>24)</sup>を取り上げ、ホームヘルパーの一典型として、スウェーデン、デンマークの Public Assistant（公的介助者）<sup>25)</sup>を取り上げて、それぞれのメリット・デメリットを比較してみると【パネル8】のようになる。

【パネル8】をみれば、それぞれに一長一短のあることがよくわかる。もちろんそれぞれはそれぞれの欠点を補うためにさまざまな工夫をしている。

24) California 州の IHSS については H. Zukas, J. Leon, K. Cone “Attendant Services—Descriptive Analysis of California’s In-Home Supportive Services” (World Institute on Disability, Revised 1987)

25) Sweden の Public Assistant については前掲 Ratzka の論文参照

## 【パネル 8】

Individual provider アテンダント型	ケア内容	Public Asistant ホームヘルパー型
	①安定性 (継続性)	→
	②質の保証	→
	③安全性	→
←	④連続性	
←	⑤9時～5時以外	
←	⑥選択権	

アテンダント型の欠点である①安定性についていえば、Emergency Attendant list (緊急アテンダント一覧表) を準備しているCILは多いし、②質の保証や③安全性 (他人を家に入れるわけだから常に一定のリスクがありうる) については、障害者の側がアテンダントを見定めてうまく関係を作っ  
てゆく attendant management training (アテンダント管理トレーニング) だけでなく、CILのスクリーニングによる保証人チェックなどもなされているわけである。それでもほとんど公的な訓練のなされていないアテンダントと比べれば、公的なホームヘルパーは一定の教育と訓練がなされているだけに、そのケアの質は保証されており、安全性ももちろん高い。(これはもちろんアテンダントの質が低いということではない。経験をつんだアテンダントによる障害者の要求に応じたケアの質が高いことはいうまでもない。)

一方ホームヘルパー型の欠点である④非連続性という問題については、基本的にひとりのホームヘルパーがかかえるケースの量とヘルパー全体のローテーションの組み方が関係しており、ホームヘルパーが日本よりも圧倒的に多いスウェーデンにおいては、介護量の多いケースに対してもそれなりに柔軟な対応がなされているようである<sup>20)</sup>。また⑤9時—5時の勤務体制という

問題についても、デンマークでは24時間システムをとっている市がかなりあるという<sup>27)</sup>。

最後の⑥障害者による選択権の問題については公的システムにおいては実施は非常に困難であろう。もっとも選択権の内、障害者の主体的な介護内容の指示と選択については、今後ホームヘルパーに対する教育と訓練のあり方によっては、一定のところまでは可能であろう。誰をホームヘルパーに選ぶかという選択権の問題を公的システムにもちこむとすれば、障害者の選択した者をその本人の公的ヘルパーとして認めるというシステムを作るほかないわけであるが、その場合にはその人をフルタイムとして市が雇用することが困難となり、たとえばスウェーデンの場合では、労働組合との関係で摩擦をおこすことになりかねない<sup>28)</sup>。

そこでこのようなケアのあり方や内容をふまえた上で、グループホームやケア付住宅のケアを考えると次のようなケア体制が考えられる。

- ①同じ法人や施設による職員の派遣
  - ②他のエージェンシーからの委託派遣
  - ③公的システムからの派遣
  - ④それぞれの unit（グループホーム・ケア付住宅）の運営団体やコーディネイターがアテンダントやボランティアをコーディネートする
  - ⑤それぞれの unit の障害者全員が一定のアテンダントと契約する
  - ⑥それぞれの unit の障害者個人個人が契約してアテンダントを雇う
- ①から⑥までのそれぞれのケア体制によって、グループホームやケア付住宅そのものの質がかなりかわってくることは、くどくどと説明するまでもないであろう。

次にこのようなグループホーム・ケア付住宅のケア体制のあり方をふまえ

---

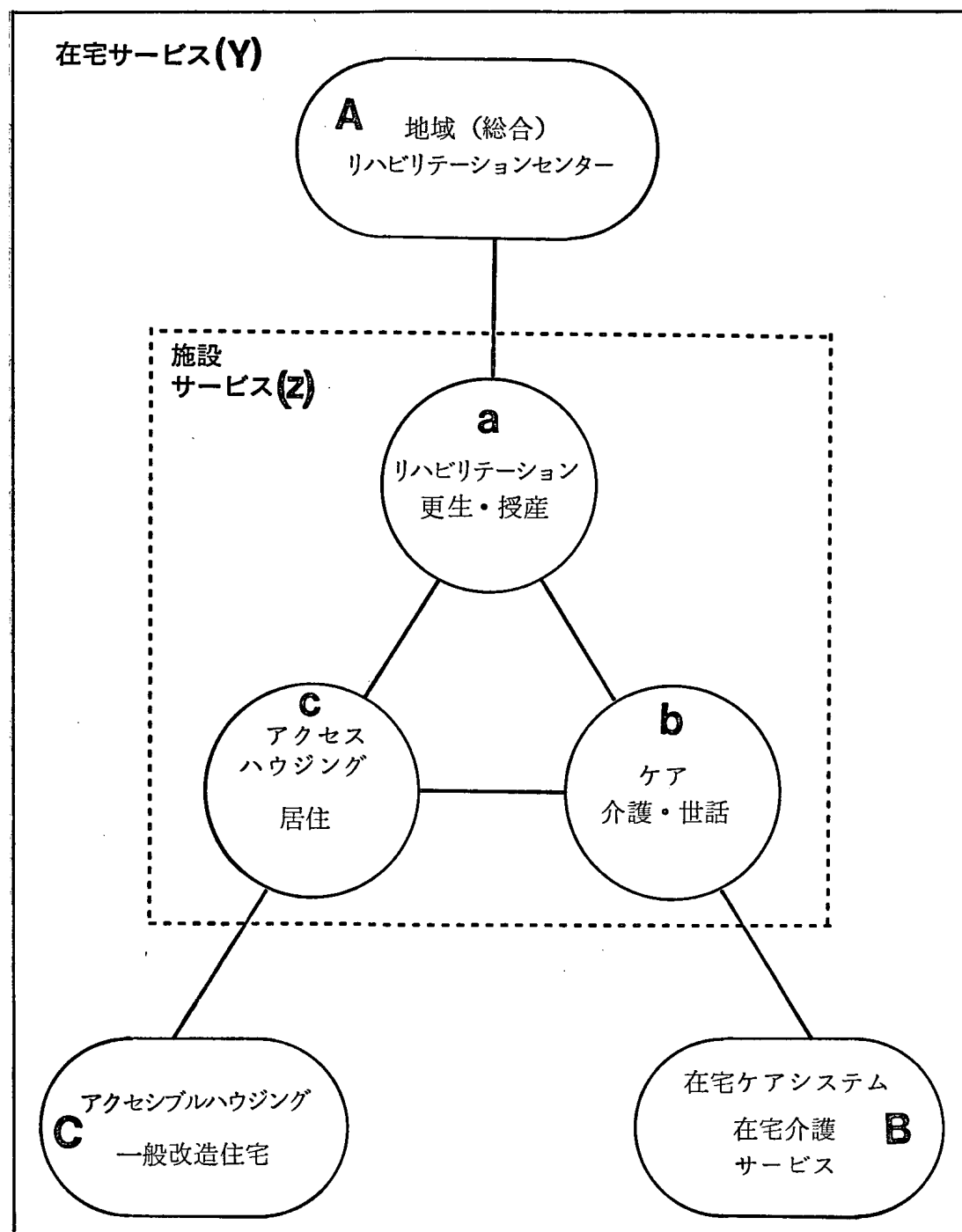
26) 前掲 Ratzka p. 26

27) 沢田清方 “デンマーク社会福祉 NOW” (月刊福祉 1989年 9月号) p. 105

28) 前掲 Ratzka p. 37-38

## 【パネル 9】

## 地域サービス (X)



て地域サービスシステムを図示してみると，【パネル 9】のようになる。ここで施設サービス (Z) を中心にすえているのは施設サービスが地域サービスシステムの中心だからではなく，図示しやすさのゆえであると共に，現段



階の日本では施設サービスが地域サービスシステムの中で最も大きな比重を占めているからである。歴史的に言えば、施設サービスは家族と家族をサポートする地域が、障害者や障害老人をサポートしきれなくなった段階で、かつての社会防衛的発想と、一定のスティグマ付与による社会効率的発想のもとで生まれてきた<sup>29)</sup>。

しかしながら、本来家族と地域サポートシステムがもっていた機能を、特定の場所に集中してしまったことと、それが社会防衛的発想と、一定のスティグマ付与ゆえに地域の日常市民生活から隔離された場所での、劣等処遇的側面をもって始まったことが、施設サービスに第三章で述べた〈施設性〉を付与してしまったのである。現在個々それぞれの施設がどの程度〈施設性〉を保持しているのかは、個別に評価されるべきであるが、一般的にのべれば、処遇面での改善は施設間隔差はあるものの、進んできている。しかし地価の問題や地元の理解の問題などもあり、また法的規模の問題もあって、そのサイズも地域からの遊離性も解消されていない。

私はもともと家族と地域サポートシステムがもっていた三つの機能を集中化してしまったがために、さまざまな弊害を生み、かつ現状では効率においても苦しくなっている施設サービスを、日本において可能な限り地域に分散して返すべき時期に来ていると考えている。

〔パネル9〕をみればわかるように次のようなシフトが望ましい。

- a. リハビリテーション（更生，授産）機能→A. 地域総合リハビリテーションセンター
- b. ケア（介護，世話）機能→B. 在宅ケアシステム（介護サービス）
- c. アクセシブルハウジング（居住）機能→C. アクセシブルハウジング（一般改造住宅）

29) 施設の歴史についてはたとえば津曲裕次「精神薄弱者施設史論」（誠信書房1981）やフーコー「狂気の歴史」（田村淑訳，新潮社1975，特に第1部2章・3章）などを参照されたい。

しかもこのような形で在宅サービスシステム（Y）が整備されてくると、これからの施設サービスシステム（Z）は在宅サービスシステム（Y）のあり方に規定されることによって、トータルな地域サービスシステム（X）の中で一定の機能をはたすことになるのである。

- ①在宅サービスシステム（Y）のサポートサービスとしてデイケア・ショートスティ、レスピットシステム（休息システム）<sup>30)</sup>、ナイトケアといった地域ケアセンター的役割を受けもつ
- ②在宅サービスシステム（Y）のサービスの拠点となったり、在宅サービスを指導する形で、配食サービス、入浴サービス、移動サービスなどを受けもつ
- ③在宅サービスシステム（Y）ではサポートの困難な long term Care のクライアントを受けもつ

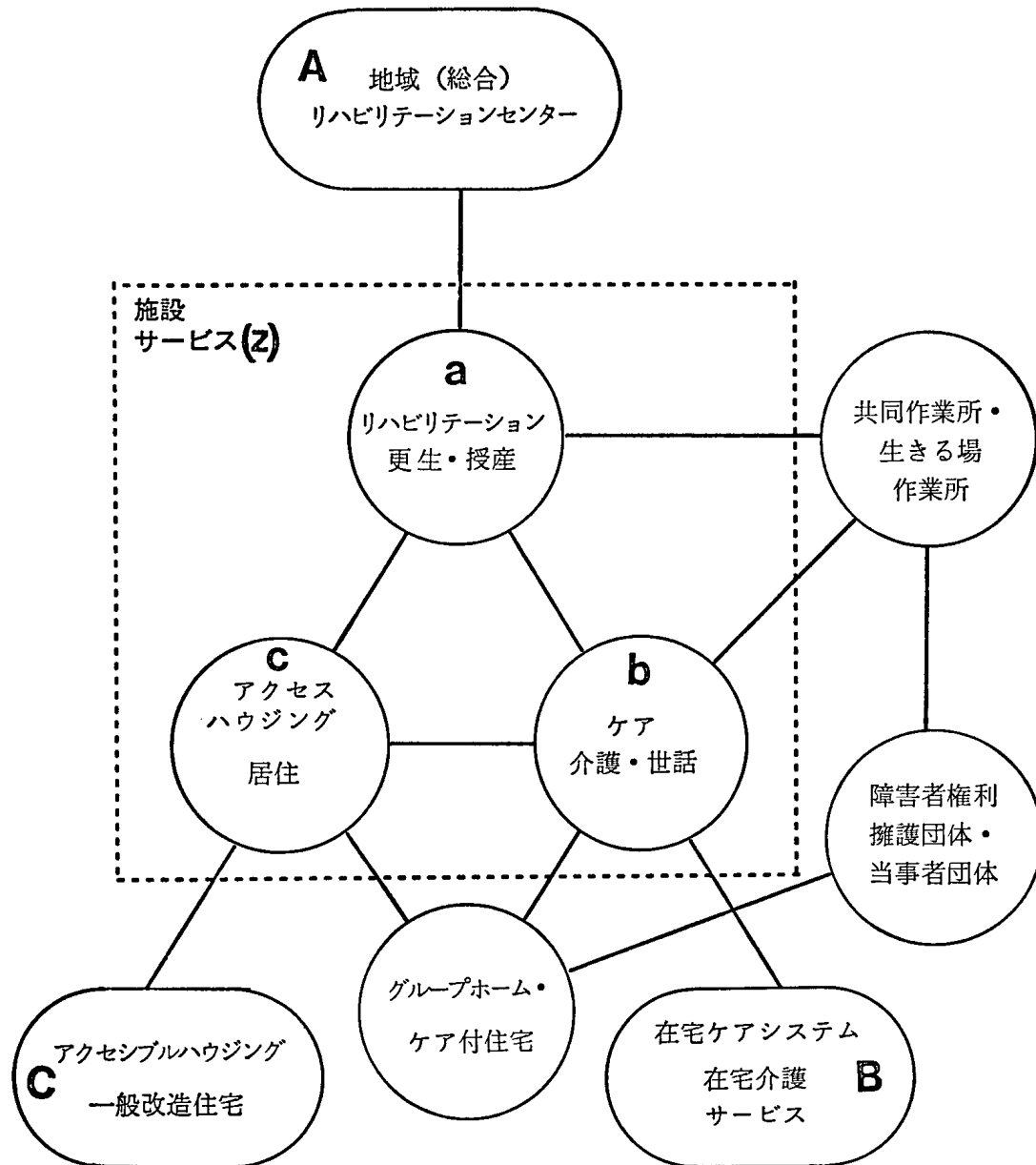
ではこのように在宅サービスシステム（Y）と施設サービスシステム（Z）がトータルな地域サービスシステム（X）の中で位置づけられ、それぞれが障害者・老人の地域での自立生活をサポートするのだとすれば、グループホーム・ケア付住宅は、いったい奈辺に位置づけられるのであろうか。ここで【パネル9】に【パネル5】を加えると【パネル10】ができあがる。

おわかりのとおり、共同作業所もグループホーム・ケア付住宅もややすわりの悪い感じはいなめない。そして、なぜそうであるのかもこれまでの私の論述で十分理解できるであろう。在宅サービスシステム（Y）が充実してくれば、グループホーム・ケア付住宅の社会的役割が軽くなってくるのはむしろ好ましいことといえよう。しかしながら、現実の在宅サービスシステム（Y）のこの現状においては、これからしばらくはグループホーム・ケア付住宅の担う社会的役割は大きいといわざるを得ない。その社会的役割は

30) Respite Care についての日本での紹介は遅れているが、イギリスでは各地できっちりとした Respite Care がおこなわれている。たとえば“A Guide to Short Stay Care for Handicapped Children in Coventry” (1987. City of Coventry) などを参照されたい。

【パネル10】

障害者・老人の地域サポートシステム



以下の3つにまとめる。

- ①在宅ケアシステム（B）とアクセシブル住宅（C）の代替的機能
- ②施設あるいは出自家族を離れて、在宅サービスシステム（Y）を使いこなして、地域で自立生活をする障害者となるための transitional Center 的機能

- ③お互いに自立するあるいは自立をめざす障害者像（セルフイメージ）を共同生活の中で創造し，相互に障害者の権利を擁護しあいながら，社会を啓蒙し，障害者の地域での自立生活を切り開いてゆく機能
- グループホームが，なりは小さくともポンプのように，障害者の地域での自立生活という大きな潮流をうみ出すことができれば，グループホームはその歴史的使命を十分はたしているといえるであろう。